

357

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi, 24 juillet 1893, à 1 heure

PAR

FAURICHON GEORGES

Né à Château-l'Évêque (Dordogne), le 13 novembre 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. FARABEUF, professeur.
RICARD et SEBILEAU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11-13

PARIS

—
1893

357

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi, 24 juillet 1893, à 1 heure

PAR

FAURICHON GEORGES

Né à Château-l'Évêque (Dordogne), le 13 novembre 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. FARABEUF, professeur.
RICARD et SEBILEAU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11-13

PARIS

—
1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	{ N.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN	DELBET	MARIE	RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLÉY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	travaux anatomo-	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	miques.	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE PATERNELLE

Hommage d'éternelle reconnaissance

A MA GRAND-MÈRE MATERNELLE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON FRÈRE — A MES SŒURS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAÎTRE

LE PROFESSEUR DAMASCHINO



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554035_0060

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur de clinique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Si, suivant la judicieuse remarque de Landau, l'on se fiait aux données actuelles de la littérature médicale sur l'Hydronéphrose, l'Hydronéphrose intermittente devrait être regardée comme une affection rare. Il est de fait que cette variété de la pathologie rénale a été très longtemps méconnue et que ses caractères cliniques, qui nous paraissent aujourd'hui suffisamment nets pour ne plus laisser la confusion permise, n'ont éveillé que très tard l'attention des observateurs.

Rayer, dans son *Traité des maladies des Reins*¹, cite l'observation suivante : Tulpius rapporte qu'un homme avait *régulièrement* son ischurie à chaque époque de pleine lune. Après sa mort on trouva le rein gauche aussi grand que la vessie urinaire. » Rayer n'ajoute rien. Le côté spécial de cette ischurie (hydronéphrose) : *l'intermittence* lui échappe.

En dehors de cette observation qui date de 1672, il

¹ Rayer, *Traité des maladies des Reins*, 1844, T. III.

n'est point question autre part dans les auteurs de cette affection.

Ce n'est guère qu'à partir de 1855 qu'on la trouve consignée dans les journaux médicaux.

Heiberg le premier, en 1873, publia une observation intéressante sous le titre d'Hydronéphrose *temporaire*.

En 1874, Thomas Cole publia un fait analogue. Il créa à cette occasion le terme : Hydronéphrose *intermittente*, employé aujourd'hui.

En 1876, paraît le long mémoire de H. Morris (de Londres) premier travail d'ensemble sur la question.

Après une période de dix années pendant lesquelles la question paraît rester indifférente aux cliniciens paraissent en 1886 une statistique de J. Lloyd (de Birmingham), les livres de Landau à la fin de 1888 et de Newmann.

Les publications deviennent de plus en plus fréquentes et relatent des faits qui viennent confirmer et préciser les recherches déjà faites. Nous citerons les faits de MM. Lancereaux et Guyen.

Il faut arriver à ces dernières années pour trouver dans les traités didactiques quelques lignes sur cette nouvelle forme d'Hydronéphrose. Dans notre pays en particulier, la question n'a été bien vulgarisée et réellement mise en lumière qu'à la faveur du savant mémoire de MM. Terrier et Beaudoin ¹, lequel reste le travail capital sur la matière.

¹ Terrier et Beaudoin. Revue de chirurgie, 1891.

Depuis, M. Arnould a écrit sa thèse ¹ sur l'Hydronéphrose et il a consacré un court chapitre à la variété « intermittente. »

M. Tuffier, dans le récent Traité de chirurgie ², a fait une large place à cette affection, il en a surtout établi les symptômes et fixé le traitement avec la compétence qui lui est reconnue en matière de pathologie rénale.

Cette question est venue devant le dernier congrès de chirurgie, sous les auspices de M. Albarran qui a donné lecture d'une observation fort intéressante que nous reproduisons. Ce chirurgien distingué a énoncé dans des conclusions précises les indications opératoires ; tout dernièrement enfin une discussion s'est élevée à la Société de chirurgie ³, à la suite de la communication de M. Menod. Nous constatons en parcourant le compte rendu de la séance que l'opinion des chirurgiens les plus éminents est loin d'être unanime sur l'étiologie et sur la thérapeutique de l'affection dont nous allons nous occuper. Chacun apporte — pour notre grand profit — le fruit de son expérience, les résultats que lui a fournis sa pratique, mais les conclusions ne sont pas toujours formelles et provoquent des contradictions.

Aussi, avons-nous pensé que, cette question n'étant

¹ Arnould. Thèse de Paris, 1891.

² Traité de Chirurgie, Tome VII.

³ Société de Chirurgie, séance du 17 mai 1893.

pas encore arrivée au terme de son évolution, il nous était permis d'envisager et d'analyser quelques-uns de ses côtés qui font, à l'heure actuelle, l'objet des discussions.

L'étude de la pathogénie, de la symptomatologie de cette affection nous ont suggéré quelques réflexions que nous avons exprimées ici.

Nous avons pu observer plusieurs exemples qui ne rentrent pas dans le cadre classique de l'Hydronéphrose intermittente. Ces formes particulières se révèlent par des symptômes spéciaux tels que l'absence de tumeur, l'absence de dilatation du bassinet et de lésions de l'uretère. Il nous a paru aussi intéressant d'établir les relations qui existent entre ces formes nouvelles et la forme commune, entre elles et certains degrés de pyonéphroses qui constituent les *pyohydro-néphroses*.

Nous nous sommes attachés, dans l'ordre thérapeutique, à établir les rapports qui existent entre les données fournies par la clinique et le mode d'intervention à mettre en œuvre.

Nous constaterons alors quel bénéfice immense a retiré des progrès de la chirurgie cette affection qui, il a quelques années encore, n'avait à sa disposition qu'un traitement insuffisant, impuissant à guérir.

Nous avons pu réunir plusieurs observations de publication toute récente, quelques-unes inédites que

nous avons suivies nous-même ; elles nous serviront à poser les conclusions de cette thèse.

Que Monsieur le docteur Gérard Marchant nous permette de lui offrir l'hommage de notre profonde gratitude pour l'intérêt qu'il nous a témoigné en nous donnant l'idée de ce travail et en nous facilitant les recherches que nous avons dû entreprendre.

PATHOGÉNIE

« L'hydronéphrose est une collection liquide, résultat de la dilatation aseptique du bassinet par de l'urine à la descente de laquelle s'est opposé un obstacle mécanique quelconque. » Nous conserverons à cette variété la dénomination sous laquelle elle a été décrite jusqu'ici : Hydronéphrose fermée, définitive.

De l'urine ainsi retenue dans le bassinet peut s'échapper par l'uretère à intervalles plus ou moins éloignés, plus ou moins régulièrement, en totalité ou en partie. L'apparition de ce phénomène accompagnée de signes cliniques que nous verrons, révèle l'existence de l'hydronéphrose temporaire d'Heiberg que nous connaissons depuis Cole sous le nom d'hydronéphrose intermittente.

Sous quelle influence se montre-t-elle ? Quelles modifications anatomiques et physiologiques trouve-t-on à son origine ? Il n'entre point dans le cadre de ce travail de faire la revue et l'analyse complète de relations étiologiques qui ont été établies entre cette affection et différentes lésions, entre elle et différents troubles fonctionnels. Il en est parlé ailleurs avec une autorité suffisamment grande pour qu'il nous soit permis de n'y pas insister.

Nous nous bornerons donc à citer les recherches élaborées jusqu'ici, nous réservant de nous appesantir sur les points

que nous avons contrôlés nous-même à l'aide des observations que nous apportons ici.

Au point de vue des conditions qui peuvent donner naissance à l'hydronéphrose intermittente, il en est — on les rencontre dans les cas de beaucoup les plus nombreux — qui ont apparu plus ou moins tard pour modifier la fonction rénale et d'autres, au-contre — très rares — qui semble dater de la formation de l'organe lui-même. Les hydronéphroses acquises relèvent des premières, les hydronéphroses congénitales s'expliquent par les secondes.

I. Hydronéphrose acquise.

Nous dirons tout d'abord qu'on observe avec une très grande fréquence cette affection chez la femme. La fréquence extrême des maladies de l'appareil utéro-ovarien sous deux formes : inflammation et tumeurs, la fréquence relative du rein mobile expliquent cette prédisposition. Parmi les cas que nous avons observés et recueillis, aucun n'intéresse un homme.

Les causes qui ont été invoquées pour expliquer le mécanisme de l'hydronéphrose intermittente sont les suivantes :

1° Le rein mobile, 2° la coudure de l'uretère, 3° la pénétration irrégulière de ce conduit dans le bassin, 4° une valvule siégeant à son extrémité supérieure, 5° les lésions de la vessie, 6° les organes pelviens chez la femme.

Rein mobile. — Pour Landau, le déplacement du rein avait une telle influence sur la lésion particulière dont il s'agit, qu'il le regardait comme étant toujours son agent

producteur ; nous ne relèverons pas ce que cette opinion a d'exagéré.

Ce changement de situation du rein aurait pour conséquence un changement dans la position de l'uretère. Ce dernier se trouverait coudé, tordu. Ces angles, ces enroulements, pour ainsi dire, de l'uretère seraient occasionnés par le tiraillement exercé par le rein en ptose. Cette courbure siégerait le plus souvent à l'extrémité supérieure de ce conduit.

Le rein pouvant occuper des situations différentes au cours de ses déplacements, on peut supposer que certaines d'entre elles rétabliront la disposition normale du système urinaire supérieur. Dans ces cas, le rein ne contrariant plus la direction normale de l'uretère, les angles fermés seront redressés, la partie tordue se déroulera. On comprend alors comment le cours de l'urine peut être interrompu et rétabli suivant les caprices de l'organe sécréteur.

Krakhauer¹, à l'aide d'une expérience ingénieuse, a établi que ce mécanisme invoqué par la théorie doit être le vrai. Les résultats qu'il a obtenus nous paraissent devoir être admis avec réserve : un appareil artificiel ne réunissant pas les conditions de ceux qui servent aux fonctions de l'économie.

La clinique vient se joindre à l'expérimentation pour plaider en faveur de cette hypothèse qui nous paraît acceptable, bien qu'elle manque encore de preuves sérieuses constatées à l'aide de pièces anatomiques. Nous savons que

¹ Krakhauer. Thèse Berlin (1880).

a position donnée à un malade peut, d'une façon tout opposée, favoriser l'augmentation et la diminution de la tumeur. (Obs. VIII).

Coudure de l'uretère. — Temporaire d'abord et pouvant disparaître, comme nous venons de l'expliquer, cette anomalie de l'uretère deviendrait pour certains auteurs chronique, indestructible. A la suite, en effet, d'une inflammation périphyélique occasionnée et par la stase de l'urine dans le bassin et par la compression produite par la dilatation du bassin sur le plexus veineux péri-urétéral, il se produirait des tractus fibreux, sorties de brides qui fixeraient l'uretère coudé à la paroi du bassin. Cette disposition pathologique rendrait bien compte du phénomène de rétention d'urine.

Les 6 cas recueillis par MM. Terrier et Beaudoin confirment absolument cette interprétation. Ces auteurs résument ainsi leur observation : « L'insertion de l'uretère se fait près de l'extrémité inférieure du bassin sur sa face postérieure, on peut donc dire qu'elle est normale à cette poche et non située sur le prolongement du grand axe du bassin. De plus l'extrémité supérieure de l'uretère est coudée à angle droit et légèrement tordue sur son axe. Il y a donc réellement torsion, coudure et insertion vicieuse à la fois. »

Ils en viennent ensuite à conclure que les lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère, la coudure surtout, sont la cause principale de l'hydronéphrose intermittente.

Nous n'avons trouvé semblables lésions que dans un des cas que nous relatons (Obs. VII) et nous les interprétons d'une autre manière.

L'uretère abordait franchement le bassinnet : on ne constatait ni torsion ni coudure.

Il arrive parfois que la coudure existe, mais elle est perméable, peut-on dire alors quelle est la cause de l'hydronéphrose intermittente ? Dans le cas que M. Monod a présenté à la Société de chirurgie (Obs. VIII) l'uretère naissait « de la partie inférieure de la poche, suivait d'abord un trajet oblique rétrogradé de bas en haut, pour se recourber ensuite et reprendre sa direction normale, formant ainsi un coude maintenu par des adhérences assez lâches. » Dans la portion *coudée* il était considérablement *élargi* et s'ouvrait dans la poche Kystique par une *large ouverture*. Au point où la ligature a été faite il offrait, au contraire, un diamètre *très réduit*.

Ici la coudure était très perméable, puisque le diamètre du canal était élargi. Ce n'est donc pas à ce niveau que le cours de l'urine pouvait être interrompu, mais plus bas au point où le rétrécissement commençait.

Nous avons tout droit de supposer que la lésion urétérine a été la première en date. Ce conduit peut-être, en effet, le siège d'altérations variables (urétérites de diverses origines) qui en diminuent le calibre. Cette obstruction partielle existant, l'urine s'écoule difficilement d'où dilatation de la portion située au-dessus ; puis à cette dilatation vient se joindre une déformation représentée par la coudure. Ces phénomènes d'ordre physique peuvent être contrôlés par une expérimentation vulgaire.

La coudure de l'uretère, sa dilatation, la dilatation du bassinnet sont tributaires de la lésion de l'uretère. La poche se distendant outre mesure, l'urine est soumise à une telle

pression qu'elle finit par avoir raison du rétrécissement. Nous pensons que, dans les cas semblables, c'est ainsi que peut être interprété le mécanisme de l'hydronéphrose intermittente.

Pourrait-on dire que la coudure est primitive et qu'elle a occasionné le rétrécissement? nous ne voyons pas comment pareille étiologie serait explicable.

Les lésions de l'uretère sont communes, au contraire, au cours de l'hydronéphrose. Ce canal est rarement trouvé sain. M. Gérard Marchant a constaté des lésions tuberculeuses dans certains reins hydronéphrotiques qu'il a observés (Obs. VI). Il peut y avoir des urétérites tuberculeuses, des urétérites dues à une inflammation banale, au passage de calculs qui érodent la muqueuse, et à la suite desquelles il y a formation de tissu scléreux, établissement d'un rétrécissement occupant une plus ou moins grande hauteur.

Il est facile de prévoir que de semblables lésions pourront entraîner à la longue la fermeture complète de la poche et transformeront l'hydronéphrose intermittente en hydronéphrose fermée, ainsi que cela s'est produit dans le cas de M. Monod.

D'autre part, M. Tuffier a produit expérimentalement des coudures de l'uretère chez des animaux et il a vu l'urine s'écouler sans difficultés. M. Bazy, dans des expériences assez semblables, a démontré qu'il existait un grand nombre de coudures de l'uretère qui ne donnaient jamais lieu à la production d'une hydronéphrose intermittente.

Poche comprimant l'uretère. — La poche hydronéphrotique peut quelquefois comprimer l'uretère et en-

tretenir ainsi l'affection. Ce mécanisme peut être invoqué quand la tumeur est située au-dessous de l'abouchement de ce conduit dans le bassin (Obs. VI).

Pénétration de l'uretère à angle aigu. — La disposition qu'on rencontre à l'extrémité inférieure de l'uretère au moment où s'il s'abouche dans la vessie pourrait se rencontrer à son extrémité supérieure. L'uretère pénétrerait dans le bassin obliquement et à angle aigu.

Thompson rapporte une observation où l'uretère s'engageait dans la paroi du sac hydronéphrotique à sa partie antérieure et inférieure et la traversait obliquement.

Ici donc la cause de l'hydronéphrose se trouverait exactement à la jonction de l'uretère et du bassin, le reste de ce canal restant tout à fait normal.

Valvule. — On a parlé aussi d'une valvule siégeant à l'origine de l'uretère au niveau de *l'ostium pelvicum* et pouvant alternativement fermer l'uretère et le laisser perméable.

Nous nous demandons sous quelle influence bizarre pouvait agir une pareille soupape ? Il nous paraît préférable de douter de son existence. On remarquera, en effet, que dans les cas où cette disposition particulière existait elle coïncidait avec l'existence d'une flexion urétérale. Il est facile de déduire que la coudure amenait par accident la formation de ce repli et que ce dernier perd par suite toute sa valeur étiologique.

M. Tuffier a montré expérimentalement que cette valvule était bien consécutive à la formation d'une coudure et qu'elle disparaissait avec elle.

Calculs. — Quelques auteurs ont voulu faire jouer un

rôle prépondérant aux calculs enfermés à l'intérieur du bassinnet ou de l'uretère dans la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. Le calcul formé dans le rein pourrait dans sa migration descendante oblitérer passagèrement le bassinnet, l'uretère dans un point quelconque de son trajet ; il se ferait alors derrière lui un arrêt de l'urine. Cet arrêt serait détruit au moment où le calcul retomberait dans le bassinnet ou glisserait dans la vessie. Ce mécanisme tout-à-fait hypothétique et qui rappelle trop celui de la colique hépatique manque de faits pour l'expliquer.

Nous ne parlerons pas de caillots sanguins (Lucas), des bouchons purulents (Robin), du spasme de l'uretère (Landaу), comme pouvant servir d'agents d'arrêt dans le cours de l'urine et favoriser l'installation de l'affection qui nous occupe. Ces hypothèses ne sont pas encore justifiées.

Extrémité inférieure de l'uretère. — Un néoplasme de la vessie fermant l'orifice inférieur de l'uretère empêche l'urine de s'écouler, détermine une dilatation ascendante de ce conduit, laquelle aboutit progressivement à l'hydronéphrose. Ce néoplasme vient-il à se désagréger, l'orifice est ouvert, l'urine s'écoule, il se produit une végétation nouvelle et le phénomène inverse a lieu, d'où hydronéphrose intermittente. Ce mécanisme peut satisfaire l'esprit, mais nous n'avons pas d'exemples de tumeurs se détruisant et se réparant aussi régulièrement.

Organes pelviens. — Nous savons combien souvent ces organes sont causes d'ectopies rénales. Ils peuvent être aussi cause première d'hydronéphrose intermittente. Ils sont sujets à deux variétés d'altération : inflammation et tumeurs et à des vices de position : déviations, prolap-

sus. Ils peuvent produire l'hydronéphrose intermittente par l'intermédiaire du rein qu'ils déplacent : pelvi-péritonite secondaire, adhérences à point de départ utérin ou ovarien, prolapsus utérin, etc. Ils peuvent agir directement en exerçant une compression sur les voies urinaires supérieures. Ainsi se comporteront les fibromes, les néoplasmes utérins, les kystes de l'ovaire.

Nous apprenons que M. Tuffier à la suite d'expériences est en voie de démontrer que la congestion, la torsion des veines rénales jouent un grand rôle dans la production de l'hydronéphrose intermittente. Nous attendons la publication de ces faits ; nous regrettons de ne pas les avoir à notre disposition, ils nous auraient beaucoup éclairé dans l'étude de la pathogénie de cette affection ¹.

¹ Nous ne nous occuperons pas de l'hydronéphrose intermittente congénitale n'en ayant pas eu d'exemple sous les yeux. Cette forme manque de documents sérieux qui puissent servir à faire son histoire.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans quelques cas l'hydronéphrose intermittente est annoncée par une période prodromique à laquelle les malades n'ajoutent pas une grande importance. Ils se plaignent quelquefois d'une simple gêne apparaissant par intervalles, s'exagérant avec le mouvement, les travaux pénibles, la fatigue. La miction s'accomplit le plus souvent sans effets particuliers. Peu à peu l'affection va en s'accroissant et successivement se montrent les signes spéciaux qui, réunis, mettent rapidement sur la voie du diagnostic.

La maladie bien établie se révèle par trois symptômes cardinaux : la douleur, la présence d'une tumeur, des phénomènes particuliers du côté de la miction.

Douleur. — Les phénomènes douloureux apparaissent le plus souvent sous forme d'accès assez comparables à des crises de névralgies, à ceux que l'on observe dans la période préataxique du tabes. Quelquefois ils revêtent, à s'y méprendre, les allures de la colique néphrétique. Les attaques ont une durée plus ou moins longue, elles reviennent à différentes reprises quelquefois d'une façon régulière (obs. 1). Le malade étant au repos, il est rare qu'elles se succèdent à de courts intervalles. La marche, l'action de sauter brusquement du lit les font naître. Le simple

déplacement dans le décubitus dorsal, le soulèvement du tronc agissent aussi de même.

Assez localisée, la douleur ne s'irradie qu'exceptionnellement du côté des membres inférieurs, vers la grande lèvre chez la femme, vers le cordon et le canal inguinal chez l'homme, comme il est habituel de le constater dans la colique néphrétique. Elle peut s'accompagner de nausées, de vomissements et d'une sensation toute particulière de déchirement dans la région lombo-abdominale.

Elle disparaît quelquefois sans raison apparente comme aussi une position spéciale pour chaque malade, une sorte de massage pratiqué sur la région peuvent la dissiper.

Ce qui frappe surtout c'est l'intermittence, particularité que nous aurons aussi à signaler à propos des autres symptômes.

Tumeur. — Si, au moment où la douleur paraît arrivée à son paroxysme, l'on vient à explorer par le palper la région rénale, on constate nettement la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse qui tient à l'organe lui-même. Elle est, en effet, due à la dilatation du bassin, à l'hydronéphrose. Ce nouveau signe écartera toute hypothèse en faveur de la colique néphrétique. Cette tumeur affecte une forme variable suivant les cas ; mais elle se reproduit en général de la même façon pour un même cas et à chaque crise nouvelle. On peut en suivre tous les jours le développement, on pourrait d'avance en délimiter les contours. Les malades se rendent parfois compte de son évolution, ils déclarent sentir dans le flanc une masse qui grossit, qui les gêne.

Quelquefois indolente, souvent douloureuse à la pression,

surtout si l'on déprime en même temps la région de façon à refouler profondément et à déplacer le rein.

Elle n'apparaît jamais tout d'un coup mais progressivement, souvent elle disparaît de même. Il n'est pas rare cependant de la voir s'évanouir ; elle s'éclipse du jour au lendemain, quelquefois plus brusquement encore (évacuation brusque). Là, aussi, il faut noter l'influence de la position que prend le malade : telle attitude pouvant favoriser l'évacuation de la tumeur tout comme elle diminue la douleur (Obs. VIII). Le malade a la sensation « de quelque chose qui se vide dans le ventre. » M. Bazy cite l'exemple d'un malade qui faisait disparaître son hydronéphrose en se mettant dans la position genu-pectorale.

Phénomènes urinaires. — Avec cette évacuation se déclare la crise urinaire. La poche expulse son contenu à travers l'uretère rendu perméable et suivant que les conditions favorables à l'écoulement sont plus ou moins bien établies, la crise sera inopinée, brusque, courte : véritable débâcle urinaire ou, au contraire, elle sera insidieuse s'interrompant pour reprendre ensuite. Cette émission d'urine a lieu pendant la période d'accalmie, dans l'intervalle des phénomènes douloureux et, dès qu'elle prend fin, ces derniers peuvent se montrer à nouveau et avec eux la tumeur.

Les urines ne présentent en général rien de particulier, ni à la vue, ni à l'analyse. Elles sont claires, limpides, de réaction normale.

La quantité des urines varie d'une façon très sensible suivant les différentes phases de la crise. Au début de l'accès et jusqu'au moment où il arrive à son maximum

d'acuité, il ne s'écoule pas d'urine. Dès que les douleurs diminuent il y a évacuation considérable des urines. L'accès disparu, la quantité d'urines rendues s'éloigne de la normale, il y a oligurie pouvant aboutir à l'anurie.

Pendant le premier jour qui suit la crise, l'urine est moins abondante que pendant ceux qui suivent.

Au point de vue chimique on remarquera que l'urée existe en plus grandes proportions après la crise (au moment de la débâcle) qu'avant. Il se produirait dans la poche une concentration de ce liquide. M. Lécorché explique cette modification dans la composition de l'urine par des phénomènes d'osmose et d'exosmose.

De même, on constate qu'au moment de la débâcle l'urine contient de l'albumine, tandis qu'elle n'en contient pas quand l'oligurie commence et pendant que la tumeur se forme (Obs. VI).

Nous terminerons ce traité clinique esquissé à grands traits par l'examen de l'état général qui ne paraît pas le plus souvent très affecté. Au moment de la crise, le facies est altéré, l'air anxieux, le pouls fréquent. Nous avons parlé des vomissements qui sont quelquefois très tenaces, très douloureux. Les matières rendues n'ont rien de spécial; quelquefois porracées mais non fécaloïdes comme dans l'étranglement herniaire.

Il n'y a point de fièvre; il y aurait plutôt une tendance au refroidissement des parties extrêmes.

Ainsi se succèdent ces troubles dans le fonctionnement normal de l'excrétion urinaire. Ils se manifestent par une association de symptômes dont le caractère dominant est l'intermittence.

Comment se fait cette évacuation de la tumeur, pourquoi s'opère-t-elle d'une façon régulière, périodique comme chez les malades observés par Tulpius, par M. Ségond (Obs. vi) ? L'explication que nous avons entendu formuler par M. Gérard Marchant, nous paraît très juste : l'urine se trouvant en quantité exagérée dans la poche, celle-ci ne pouvant plus se distendre, elle réagit et chasse son contenu. Supposons que l'urine soit secrétée régulièrement et en quantité à peu près égale, ce phénomène de surdistension se produira toujours au bout du même temps, de même l'évacuation.

Les cas où cet écoulement ne se produit pas d'une manière périodique indiqueraient, à notre avis, qu'il y a sécrétion irrégulière de l'urine et que par conséquent la poche se remplira plus ou moins vite et se videra à intervalles de durées variables. Il nous semble aussi que dans les anciennes hydronéphroses donnant lieu à de grosses tumeurs et ayant déterminé des altérations profondes de la glande rénale, il y aura diminution dans la quantité d'urine sécrétée, partant la collection pathologique se formera plus lentement, se videra moins souvent.

Nous venons de décrire les signes qui caractérisent l'hydronéphrose intermittente vulgaire. Il y a à côté de cette forme normale, classique, des formes moins complètes, frustes.

Un malade souffre de crises douloureuses apparaissant à intervalles variables et suivies d'un écoulement d'urines ; on explore la région lombaire avant et pendant la crise, on ne trouve pas de tumeur. Ici cependant comme précédemment il s'agit bien d'une hydronéphrose intermittente.

Semblables faits ne sont pas rares. On les observe chez les malades qui se sont émus de bonne heure de ces troubles fonctionnels et qui sont venus aussitôt se soumettre à l'examen du chirurgien. Ce sont là des hydronéphroses jeunes, observées à leur début.

Leur cause est le plus souvent due à un étranglement aigu du rein, à son immobilisation vicieuse. Cette dernière entraîne la torsion de l'uretère, quelquefois une coudure, le rein ayant basculé. L'organe en ectopie mettra quelquefois longtemps à reprendre sa situation régulière, aussi voyons-nous les crises en pareils cas avoir une très grande durée (Obs. III). On est obligé d'intervenir par le taxis pour remettre les choses en état.

L'examen clinique ne fait pas percevoir de tumeur, nous nous en sommes assurés. Nous avons pu de même constater au cours des opérations auxquelles M. Marchant a bien voulu nous faire assister, qu'il n'y a point d'augmentation dans le volume du rein, que le bassinot n'est point dilaté.

Marche.

Cette hydronéphrose intermittente légère en restera-t-elle là ? N'est-elle pas soumise à une évolution présentant des degrés qui en accuseront les manifestations cliniques ?

Nous ne sommes pas éloignés de croire qu'elle peut rétrograder, subir des rémissions, voire même guérir. Des cas où elle a disparu spontanément ont été publiés par M. Arnould.

Tout nous porte à croire qu'il s'agissait d'une semblable affection.

Si l'on parvient à corriger le déplacement du rein, si on le réduit lorsqu'il est étranglé, si on le fixe à l'aide de la néphropexie par exemple, tout rentre dans l'ordre. On ne peut pas dire qu'on a agi là sur une lésion intra-rénale accusée à tort d'occasionner les accidents.

Ce retour à l'état normal déterminé par ses moyens artificiels est-il au-dessus des forces de la nature ? Nous ne le pensons pas, les guérisons spontanées le prouvent.

Abandonnée à elle-même, que deviendra cette hydronéphrose ? Si nous avons vu qu'elle pouvait disparaître, elle peut plus souvent encore s'aggraver. Pouvons-nous prévoir au bout de combien de temps elle changera d'allures et revêtira une autre forme ? Il n'est guère possible de fixer l'époque de cette transformation.

La cause qui nous paraît opérer le plus souvent ce changement dans l'état de l'affection, c'est l'infection. Du jour où des germes pénétreront au niveau du rein, la tuméfaction se montrera. Nous verrons les signes particuliers auxquels donnera lieu cette complication.

L'hydronéphrose constituée, c'est-à-dire la poche formée, la tumeur étant appréciable à la palpation, qu'arrivera-t-il ? Dans la majorité des cas les symptômes s'aggraveront. La grossesse pourrait quelquefois améliorer la situation au moins pendant les six premiers mois. Eger en fournit un exemple. Elle peut aussi dans des circonstances particulières tout à fait au début, alors que l'utérus est imparfaitement développé, amener une recrudescence dans le nombre et l'acuité des crises. Il n'y a rien de précis à cet égard et des recherches complètes seraient nécessaires.

Il est très rare que l'on voie l'hydronéphrose disparaître spontanément. Sa terminaison habituelle, si on la laisse livrée à elle-même, c'est l'hydronéphrose fermée. Cette terminaison peut être plus grave : rupture à la poche hydronéphrotique s'accompagnant de péritonite, d'abcès urinaires, d'urémie.

Complications.

L'hydronéphrose intermittente à forme incomplète peut, avons nous-vu, subir des degrés d'aggravation. Elle peut s'infecter. Peu nous importe le point de départ de cette infection qu'elle soit directe ou indirecte, ascendante ou consécutive à une septicémie quelconque.

La tumeur apparaît par suite de l'altération du parenchyme rénal du bassinet, l'urine séjournant plus longtemps dans la poche entretient son développement.

Des signes nouveaux apparaîtront alors. La région rénale, qui était indolente, reviendra le siège d'une douleur exquise à la moindre pression, quelquefois même cette douleur sera spontanée.

Il y aura de la fièvre. Le thermomètre accusera une élévation de température.

Les crises existeront comme avant l'infection, mais il viendra s'y ajouter des phénomènes douloureux tout à fait spéciaux. Ils ne dépendront pas de la cause habituelle mais bien de la fièvre, de l'infection. Les malades éprouveront la sensation de tension, d'élancements semblables à ceux que l'on accuse au cours des formations de collections

purulentes. Ces douleurs persisteront dans l'intervalle des crises, mais elles seront exagérées par elles et le malade s'apercevra bien vite qu'il ne souffre pas comme auparavant, il éprouvera des sensations inconnues jusqu'alors.

Les urines contiendront quelques gouttelettes de pus. L'état général sera bon, un degré plus élevé encore et on aura la pyonéphrose vraie. Elle est constituée par la présence constante du pus dans la poche hydronéphrotique. Les symptômes que nous venons de signaler s'aggravent. La température est élevée d'une façon constante, cette élévation persiste dans l'intervalle des crises.

L'état général est profondément altéré : sécheresse de la bouche, perte de l'appétit, céphalalgie, etc.

Les urines contiennent du pus en quantité très appréciable ; souvent il ne s'écoule que du pus, quelquefois un peu de sang. Avec les progrès de la lésion, les symptômes augmentent d'intensité, la quantité d'urines purulentes est inférieure à la normale. Si l'uretère vient à s'oblitérer et si la pyélite est unilatérale l'urine rendue est limpide et normale parce que les produits de sécrétion du côté malade ne peuvent plus se mêler à l'urine qui vient du côté sain.

Si l'écoulement est gêné, la rétention dans la poche est plus longue d'où ascension plus accentuée du thermomètre.

Ces complications graves de l'hydronéphrose intermittente simple, exigent comme nous le verrons, un traitement prompt, aussi sera-t-il très important de distinguer, comme nous venons de le faire, ces diverses formes les unes des autres.

A la suite de suppuration du rein, il peut y avoir d'au-

tres complications. L'infection locale se transmet à toute la zone environnante. Il se forme de la périnéphrite, de la péripyélite, etc. Et, en dernier lieu, à la faveur de ces tissus enflammés se développent des adhérences qui peuvent aller sur l'intestin. Sur les organes pelviens établir des attaches irrégulières qui se traduisent plus tard par des névralgies, des coliques, des tiraillements, etc.

La perforation du bassin dilaté peut entraîner de terribles conséquences telles que péritonite, plegmon périnéphrétique, infiltration urinaire.

TRAITEMENT

INDICATIONS ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

L'hydronéphrose intermittente n'ayant pas pris place depuis longtemps dans la pathologie chirurgicale du rein, la thérapeutique qu'on lui a appliquée est de date tout à fait récente. Cette affection est restée longtemps confiée exclusivement aux soins d'ordre purement médical.

Ce traitement pourrait encore être essayé sous forme d'antisepsie urinaire dans la période préopératoire. On donnera du salol à l'intérieur, du naphтол. On pratiquera des lavages de la vessie à l'aide d'une solution boriquée à 3 p 0/0 etc.

Le massage de la région lombo-abdominale pratiqué avec art a été aussi utilisé. De même le conseil donné aux malades d'éviter la marche, les mouvements brusques, les travaux pénibles, pourra donner quelques résultats passagers.

Pendant les crises on emploiera les bains, les fomentations chaudes, les injections de morphine, etc.

On pourra intervenir avec efficacité dans le cours d'une crise d'étranglement aigu du rein en opérant la réduction de cet organe. Le malade sera placé dans la position de

Morand-Trendelenburg, on pratiquera le taxis méthodique, au besoin on exercera quelques tractions pour attirer le rein dans sa situation normale. Ces manœuvres seront faites sous le chloroforme.

Tous ces moyens palliatifs ne constitueront le plus souvent qu'une méthode expectative souvent commandée par la pusillanimité des intéressés. On sera en effet le plus souvent obligé de proposer un remède radical.

Le chirurgien a, en effet, entre les mains des armes précieuses pour lutter contre cette affection. Les procédés opératoires dont il pourra user sont les suivants : la ponction, la néphropexie, la néphrotomie et la néphrectomie.

On recherchera sur lequel d'entre eux on devra faire porter son choix, chacun ayant en face d'un cas particulier son utilité et sa valeur spéciales.

1° **Ponction.** La ponction évacuatrice ne nous arrêtera pas longtemps. Pourrait-elle, comme on l'a dit, parer à un accident en diminuant le volume de la tumeur ? Elle pourrait servir à éclairer le diagnostic en nous renseignant sur la nature du liquide de l'hydronéphrose.

Elle peut donner facilement lieu à l'infection et favoriser la rupture de la poche.

M. Tillaux l'a employée deux fois avec succès ; une de ses malades est restée guérie pendant dix ans.

Pour la pratiquer, on choisira de préférence la voie lombaire et on se servira des aiguilles (gros calibre) des appareils Potain ou Dieulafoy.

Nous allons reprendre les différentes formes d'hydronéphrose intermittente étudiées précédemment et nous apprécierons quelle méthode convient à chacune d'elles.

Si nous sommes en présence de la forme légère, précoce, il faudra intervenir hâtivement. Le rein déplacé sera remis et maintenu en place. On ne peut s'adresser ici qu'à la cause de l'affection puisque, nous l'avons vu, il n'y a pas de lésions, pas de tumeur.

La néphropexie ou fixation artificielle du rein sera l'opération de choix.

Avant de l'entreprendre, surtout si le sujet est faible, épuisé déjà par des troubles concomittants liés le plus souvent à un syndrome connu sous le nom de maladie de Glénard : entéroptose, gasteroptose, hépatoptose. On proposera avec avantage le port d'un bandage. Il existe plusieurs modèles de ce genre d'appareils, nous nous dispenserons de les décrire. Un de ceux qui nous paraît réunir les meilleures conditions est celui qui a été construit sur les indications de M. Glénard.

Cette ceinture formée d'un tissu très résistant est assez large (vingt centimètres environ). Elle doit être appliquée à nu ; elle prendra point d'appui en bas sur les crêtes iliaques, et affleuera en haut la dixième côte. Elle doit être suffisamment serrée pour être complètement collée au corps. On fait glisser entre elle et la peau au niveau de la région lombo-abdominale un petit sachet oblong, dur qui sera placé en avant du rein. Il préviendra ainsi les déplacements du rein en le maintenant dans sa loge. Cet appareil gêne au début, mais les malades arrivent bien vite à le supporter sans être incommodés. Ils devront le conserver nuit et jour.

2° Néphropexie. Hahn est le premier qui ait tentée la néphropexie en 1881 pour un rein mobile accompagné

d'hydronéphrose intermittente. Ce chirurgien s'était contenté de fixer la capsule graisseuse. Depuis on a conseillé (Guyon, Duret) de fixer le rein lui-même à la 12^e côte et aux aponévroses profondes en passant des fils à travers son parenchyme.

Le malade est placé dans le décubitus latéral sur le côté sain. Incision lombaire se dirigeant obliquement de la 11^e côte à la crête iliaque à 4 travers de doigt des apophyses épineuses. Après avoir fait la section des plans musculaires, on arrive dans la zone péri-rénale. On sépare le rein de sa loge et on l'attire dans la plaie à l'aide de deux fils passés dans sa substance l'un à 4 centimètres de son extrémité supérieure, l'autre près de son extrémité inférieure. On résèque une bandelette de la capsule du rein sur son bord convexe, on pratique quelques scarifications sur ce bord dénudé pour faciliter l'avivement (Tuffier) ; on place un troisième fil entre les deux déjà placés. Les fils sont ensuite ainsi fixés : le supérieur au périoste de la face externe de la 12^e côte, les moyens deux à deux à l'extrémité supérieure de l'incision aponévrotique profonde, les inférieurs à cette même aponévrose. Le rein ainsi fixé contractera par son bord convexe des adhérences avec la paroi musculaire.

Suture à trois étages de la plaie lombaire, pas de drainage. Pansement à la gaze iodoformée, ouate, bandage de corps et sous-cuisses.

Après l'opération les urines sont rendues en faible quantité. Pendant les trois ou quatre premiers jours, la quantité d'urine reste au-dessous de 1.000 grammes ; vers le 7^e jour elle atteint 1.500 grammes ; du 10^e au 12^e elle va jusqu'à

2.500 et ce n'est guère que vers le 13^e ou 14^e jour que la moyenne physiologique de 1500 grammes se rétablit.

3^e **Néphrotomie.** L'hydronéphrose n'est pas infectée, la tumeur n'existe pas, mais elle est sur le point de se former ; l'examen du rein n'a pas fait constater une mobilité anormale, sera-t-on autorisé à faire la néphrotomie ? Nous avons pu observer un cas semblable, ainsi traité et qui a été suivi d'un plein succès. Comment peut agir en pareille circonstance l'incision du rein puisqu'il n'y a pas de pus dans cet organe, ni dans le bassinet ? Absolument comme dans les abcès qui sont ouverts avant la phase de suppuration, lorsque l'infiltration leucocytaire est seulement en voie de se faire. Nous savons que pareille intervention empêche la collection de se développer, elle la fait avorter. Il en est de même pour le rein, l'opération faite, tous les troubles disparaissent.

A un degré plus élevé l'hydronéphrose est infectée, nous avons indiqué les signes qui permettent de s'en assurer. On comprend de quelle utilité sera ici la néphrotomie. Par le drainage consécutif on entraîne au dehors les éléments septiques. — Si les lésions sont doubles, si elles sont très avancées, c'est encore à elle qu'il faudra s'adresser, la néphrotomie n'étant pas possible.

En dehors de ces cas où cette opération peut être nettement arrêtée d'avance, il en est d'autres où l'interprétation étiologique est plus difficile. Le chirurgien réservera alors le choix de sa méthode. En face d'un rein mis à nu il pourra modifier son intervention. Il pourra, en effet, trouver une mobilité anormale méconnue à l'examen clinique et pratiquer la néphrorraphie alors qu'il n'y songeait pas

d'une façon formelle, il pourra réunir les deux opérations.

La néphrotomie pourra être exploratrice. Le rein ouvert on pourra apprécier directement par la vue, par le toucher, si le bassinnet distendu contient oui ou non des corps capables de faire obstacle au cours de l'urine. Il sera à la rigueur possible d'explorer l'urètre. Si l'on est bien certain d'avoir supprimé la cause du délit, on pourra refermer la plèvre. Si cette double exploration (urètre et bassinnet) n'a donné aucun résultat positif, il faudra terminer d'une autre façon. Le bassinnet fermé, la poche se reproduirait. On favorisera alors l'évacuation de la poche par le drain.

Pour arriver sur le rein, on suit le manuel opératoire décrit à propos de la néphropexie; on l'attire dans la plaie. Un aide ayant introduit deux doigts dans la brèche le maintient fixé en pressant au niveau de son pédicule. On pratique alors sur le bord convexe une courte et profonde incision intéressant tout le parenchyme de la glande. On enfonce alors au travers de l'ouverture à l'aide d'une pince la sonde qui a été préparée. L'aide sent avec le doigt toujours fixé sur le pédicule si l'extrémité de celle-ci est bien dans le bassinnet. Suture légère pour maintenir la sonde, suture de la paroi. La sonde doit émerger d'environ vingt-cinq-centimètres.

On fait un premier pansement à l'aide de poudre d'iodoforme, de gaze iodoformée et d'ouate stérilisée; bandage de corps au centre duquel on ménage une ouverture pour le passage du drain.

On fait un second pansement semblable au premier et le recouvrant. Une large bande de toile maintient les deux. Le lendemain le pansement supérieur est traversé par

l'urine ; on l'enlève et on le remplace sans toucher à l'inférieur.

4° **Néphrectomie.** La néphrectomie est l'opération radicale : elle supprime le rein. Elle sera complète ou partielle suivant qu'elle enlèvera tout ou partie de l'organe. Elle sera primitive ou secondaire.

Quels sont les cas qui seront justiciables de cette opération ? Assurément il ne faudra plus penser ici à la forme incomplète de l'hydronéphrose intermittente. Ce serait vouloir sacrifier un rein qui fonctionnera parfaitement, les indications que nous avons données plus haut étant remplies.

L'hydronéphrose légèrement infectée, les tumeurs petites, non douloureuses, n'autoriseront pas non plus l'ablation de l'organe.

Mais on n'hésitera pas à avoir recours à cette opération lorsqu'on se trouvera en face d'un pyonéphrose, en face d'un rein volumineux d'apparence kystique, dont l'altération paraît si avancée que les fonctions en sont abolies.

Le pus dans l'urine, les accidents fébriles viendront confirmer le chirurgien dans sa résolution.

Avant d'enlever le rein, il faut s'assurer que l'autre est sain, capable de faire double emploi. Si ce rein n'a jamais été douloureux, s'il n'est pas augmenté de volume ; si les urines recueillies sont normales comme quantité et comme qualité au moment où le rein sain fonctionne seul, l'autre versant son urine dans la poche et non dans la vessie, on est autorisé à déduire que l'organe subsistant suppléera l'autre.

La néphrectomie peut être totale ou partielle suivant qu'elle enlève partie ou totalité de l'organe.

Nous savons d'après les expériences faites sur les animaux qu'il leur est possible de vivre avec un seul rein.

On pourra dans certains cas se contenter de la néphrectomie partielle si une portion de l'organe peut être conservée et servir à la fonction.

On aura rarement l'occasion d'agir ainsi dans l'Hydronephrose intermittente car le plus souvent la lésion sera généralisée. Et d'ailleurs il sera toujours difficile de faire le drainage de la portion laissée, et le plus souvent par un défaut d'antisepsie on la verra s'altérer aussi. On sera obligé d'intervenir une seconde fois par la néphrectomie totale.

Deux voies permettent d'arriver sur le rein : l'ouverture lombaire et l'ouverture abdominale. La première sera réservée aux cas où la tumeur est petite, facilement énucléable, quand le rein sera infecté.

Si la tumeur est volumineuse, si elle est adhérente, le chirurgien usera de l'ouverture abdominale qui lui permettra d'agir plus à l'aise.

Néphrectomie lombaire. — « Le malade est dans le décubitus latéral sur le côté sain, un fort coussin arrondi est placé sous le flanc ; en inclinant un peu le sujet sur le ventre, on manœuvre plus facilement dans la région profonde, la cuisse du côté malade est légèrement fléchie. L'incision rencontre successivement la peau qu'il faut couper bien perpendiculairement à cause de sa mobilité, le tissu cellulaire, les fibres supérieures du grand dorsal, les muscles grand oblique, petit oblique et l'aponévrose du transverse, puis la graisse péri-rénale souvent mobile sous la mince lame du fascia propria que l'on prendrait facilement pour le péritoine. Dans ce trajet on trouve à pincer

les vaisseaux qui accompagnent le grand nerf abdomino-génital, une branche de l'intercostale dans la partie supérieure et des veines situées au-dessus de la crête iliaque ¹. »

On aborde le rein. Deux procédés permettent de l'enlever : la néphrectomie sus-capsulaire, la néphrectomie sous-capsulaire de M. Ollier ².

Si l'organe est fixé par des adhérences nombreuses s'étendant aux parties voisines : péritoine, intestin, gros vaisseaux. S'il se décortique facilement, si la tumeur n'est pas trop volumineuse et n'a pas de prolongements difficiles à circonscrire, on emploiera le second procédé. Si le rein est libre dans sa loge ; s'il n'y a pas de tractus fibreux résistants ; si la tumeur est volumineuse, irrégulière, on s'adressera au premier procédé.

Dans la néphrectomie sus-capsulaire, on prendra les plus grandes précautions pour isoler le rein. Des tiraillements un peu brusques suffiraient à amener la rupture des gros vaisseaux : aorte, veine-cave. Si la tumeur est volumineuse, on pourra la diviser, l'extraire par morcellement.

Pour pratiquer la néphrectomie sous-capsulaire, on incisera la capsule du rein dans toute sa hauteur. On place des pinces sur les lèvres de la plaie capsulaire, et progressivement on fait la décortication avec les doigts. Arrivé au hile, on jette sur lui une ligature en masse ou mieux séparée, une pour les vaisseaux et l'autre pour l'urètre. On sectionne au-dessus d'elle.

Le moignon qui reste, quelle que soit la méthode em-

¹ Tuffier. Traité de chirurgie, Tome VII.

² Ollier. Congrès de Chirurgie, 1886, p. 148.

ployée, pourra devenir le point de départ de l'infection. L'extrémité de l'urètre sera donc rendue aseptique à l'aide du thermo-cautère ou d'un attouchement avec une solution phéniquée forte.

On a proposé d'aboucher l'urètre à la plaie extérieure, ce conseil est difficile à suivre toujours, ce conduit n'offrant pas si la paroi est très épaisse une longueur suffisante.

La cavité formée par la disparition du rein sera drainée si on suppose qu'elle est infectée.

On la laissera au contraire se combler naturellement ; si l'asepsie est parfaite, on fera la réunion et point de drainage.

Si l'on se trouve en face d'un rein non entièrement détruit et si l'on peut conserver une portion saine, on fera la néphrectomie partielle. La méthode utilisée par M. Tuffier¹ nous paraît excellente, on l'emploiera dans les cas d'hydronéphrose avec kystes n'ayant pas envahi tout le tissu rénal. « Un kyste occupant une des extrémités, ou le bord convexe du rein, laisse la plus grande partie de l'organe intacte » on pourra donc l'extirper seul et laisser le reste de la glande qui continuera à fonctionner comme l'affirme Newmann. La méthode de M. Tuffier consiste « à extirper la tumeur par dissection et à réunir par première intention la perte de substance ainsi constituée dans le parenchyme rénal. »

Néphrectomie transpéritonéale. — La néphrectomie lombaire sous-capsulaire sera l'opération de choix. Mais si, comme nous l'avons vu, l'hydronéphrose est an-

¹ Tuffier. Archives de Médecine, 1891, tome XXVIII.

cienne et si elle a donné lieu à la formation d'une tumeur volumineuse, il sera plus facile de la détruire par la voie abdominale. Si les adhérences sont nombreuses, la décoloration sera plus facile par le second procédé ; le champ opératoire étant moins limité on aura plus de commodité pour agir. L'incision abdominale permettra de se rendre compte de l'état de l'autre rein. Si l'on s'apercevait qu'il est altéré on pratiquerait simplement la néphrotomie ; la voie abdominale permettra cette opération tout aussi bien que la voie lombaire.

L'incision dans la néphrectomie transpéritonéale sera ou médiane comme dans toute laparotomie ou latérale sur le bord externe du muscle droit. (Terrier.) Le péritoine ouvert on explore le rein, puis on ouvre le feuillet profond de la séreuse et on a l'organe directement sous la main. On usera pour l'énucléer de l'un des deux procédés déjà décrits.

Comment faudra-t-il traiter l'urètre ?

1° Si ce canal est septique et peut occasionner une infection secondaire, on le fixera à la paroi abdominale à travers les lèvres de l'incision.

On pourra aussi suivre la conduite de M. Terrier : Suture les lèvres du feuillet profond du péritoine à celles du feuillet superficiel et laisser ainsi l'urètre isolé.

Le drainage lombaire à travers une boutonnière faite en dehors de la masse sacro-lombaire est bien compliqué et sera rarement indiqué.

2° Si l'urètre est parfaitement aseptique ainsi que le champ opératoire on l'abandonnera, tout comme s'il s'agissait du pédicule consécutif à une ovariectomie. Cauté-

risation ,sutures des feuillets péritonéaux. Le reste comme après la laparotomie ordinaire.

Les mêmes principes dirigeront la conduite à tenir vis-à-vis de la cavité formée par l'extirpation du rein. S'il y a traces d'infection, on fera le drainage « cette précaution me paraît indispensable, dit M. Le Dentu ¹ ».

On pourra de même favoriser l'évacuation au dehors des liquides qui peuvent sourdre de la plaie.

Dans les cas où toutes les conditions de parfaite asepsie seront réunies, on refoulera la masse intestinale dans la loge rénale. Les liquides se résorberont. On fermera le ventre comme nous venons de le dire. Ce procédé tend tous les jours à se généraliser. Il a donné les meilleurs résultats entre les mains de M. Monod (Obs. VII) Lucas Championnière, Segond, etc.

¹ Le Dentu. Technique de la néphrectomie, Revue de chirurgie, 1886.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (INÉDITE)

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Gérard Marchant à
Laënnec.)

La nommée Marie P... âgée de 26 ans, femme de chambre, se plaint depuis un mois de douleurs dans le ventre qui l'amènent à l'hôpital où elle entre le 23 juin 1893. — Ces douleurs se présentent sous forme de coliques. Elles ont été légères au début, mais elles ont toujours eu les mêmes caractères : intermittence, prédominance au côté droit avec point de départ dans la région lombaire.

Les coliques se reproduisent tous les jours quelquefois une seule fois, d'autre fois deux. Le plus souvent elles débutent dans l'après-midi, cessent dans la soirée, et recommencent vers trois heures du matin. Peu avant leur début, la malade sent un peu de pesanteur dans la région lombaire, puis brusquement douleur violente commençant à droite dans cette région, s'irradiant dans le bas ventre et dans l'aîne. La malade ne peut calmer cette douleur par aucun moyen. La pres-

sion, les positions diverses (siège élevé avec compression de la région lombaire ne produisent aucune modification).

L'accès se termine brusquement comme il a commencé. La malade urine quelquefois mais pas toujours. Nous avons pu le constater. La miction est douloureuse. Pas de sang dans l'urine.

Malade se plaint de ses digestions — eructation — l'apparition de ces crises douloureuses (il y a un mois) la malade se livrait à des exercices de grand écart. Peut-on établir un rapport entre ces exercices et la maladie actuelle ?

Examen : rein gauche légèrement abaissé rein droit très abaissé, facile à sentir par la palpation bi-manuelle. Il se réduit très facilement. Au moment des crises douloureuses il paraît gros ; il est très douloureux à la palpation.

Urines normales.

Hymen presque intact ; une petite déchirure en haut et à gauche. Le doigt pénètre facilement.

Au toucher vaginal on trouve un utérus petit, col de nullipare. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une trompe de la grosseur de l'index. Les annexes du côté droit difficiles à explorer.

Estomac légèrement dilaté. Clapotement au niveau de l'ombilic.

Les crises douloureuses se reproduisent journallement depuis son entrée à l'hôpital : elles apparaissent presque invariablement à deux heures de l'après-midi.

Depuis le 1^{er} juillet elles ne se sont pas reproduites. La malade se plaint d'une douleur vague dans le bas ventre.

Le 7 juillet la népropexie est pratiquée par M. Gérard Marchant suivant le procédé que nous avons décrit. Le rein est facilement accessible, un peu abaissé. Nous constatons aussi qu'il n'existe pas de distension du bassinet, pas de *coudure de l'urètre* bien que l'examen du conduit soit des plus faibles. Pas d'augmentation des veines. Fixation du rein après avivement suture. Pansement classique.

OBSERVATION II (RÉSUMÉE)

(Extraite de la communication de M. Pousson à la Société de médecine et de chirurgie à Bordeaux, le 17 février 1893).

Jeanne X., 25 ans. Bonne santé antérieure. Réglée à 17 ans seulement. Enceinte à 19 ans ; accouchement laborieux ; application de forceps qui a déterminé fistule vésico-vaginale.

A l'âge de 22 ans, début de l'affection par crise douloureuse sans cause appréciable. Douleur siégeant sur ligne médiane au-dessus du pubis et gagnant bientôt région lombaire droite, au bout de trois heures elle est à son apogée. Ventre tuméfié à droite. Nausées. Pas de vomissements. Malade entre à plusieurs reprises à l'hôpital St-André pour sa fistule, elle rapporte qu'elle a toujours des crises, pas de sable dans les urines.

Décembre 1891, elle est opérée avec succès pour sa fistule. trois semaines après crise. Urines normales.

30 avril 1892. Examen sous le chloroforme. Tumeur volumineuse dans le flanc droit occupant espace compris entre

12° côté de crête iliaque. Loge rénale vide dépressible, on pense avoir affaire à rein mobile et hydronéphrotique. Les urines entre 1^{er} et 6 mai oscillent entre 550 et 1.050 grammes par 24 heures, à ce moment disparition de la tumeur ; du 7 mai au 3 juin elles varient de 800 et 1.000 grammes, plus de tuméfaction, léger empâtement. Entre le 4 juin et le 14, urines varient entre 200 et 400 grammes. Urine rougeâtre, ni albumine, ni sucre.

A partir du 15 juin accidents locaux et généraux s'amendent, et urine augmente, tumeur très diminuée.

Phénomènes douloureux réapparaissent. Douleur constante.

Impossibilité pour malade de se lever, de marcher, de s'habiller. Elle réclame opération — néphrorraphie pratiquée le 21 juillet. Rein volumineux sain, de même bassinnet. Fils de catgut et de soie passés à travers parenchyme rénal sont fixés à 12° côte et à paroi lombaire. Pas d'avivement. Drainage de la plaie avec gaze iodoformée. Suites opératoires bonnes — Apyrexie — Urines claires, limpides, ni sang, ni albumine. Quantité s'élève progressivement du 21 juillet au soir au 4 Août de 150 à 1.000 grammes.

Malade vue en novembre, parfaitement rétablie, travaille.

OBSERVATION III

(Extraite de la communication de M. Albarran au congrès de chirurgie, 1893).

X., âgée de 29 ans, souffrait depuis douze ans d'un rein mobile très douloureux. A chaque époque menstruelle sur-

venaient des crises de douleur accompagnées de vomissements qui se prolongeaient souvent pendant plusieurs jours.

En octobre 1892, crise très pénible dure 20 jours. Malade ne pouvait plus supporter aucun aliment. Douleurs atroces, plusieurs syncopes rendaient situation très grave.

M. Albarran réussit à trois reprises différentes à faire sous le chloroforme la réduction du rein, mais quelques heures après déplacement se reproduisait. Il se décide alors à intervenir en pleine crise. Rein ayant été mis à découvert, on le trouve en rétroversion, l'extrémité supérieure ayant basculé en arrière l'inférieure en avant. L'urètre ne livrait que difficilement passage à l'urine et le rein paraissait augmenté de volume. Réduction était effectuée la néphropexie fut pratiquée par le procédé de M. Guyon. Suites opératoires régulières.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le Docteur Gérard Marchant à la Société de chirurgie ¹).

X., cuisinière, âgée de vingt-six ans, souffrait, depuis de longues années, du bas-ventre et du flanc droit.

Le toucher vaginal nous démontre l'existence d'une salpingo ovarite bilatérale, nous constatons en même temps une ptose rénale totale à droite. Nous avons ainsi l'explica-

¹ Société de chirurgie, séance du 17 mai 1893.

tion des douleurs du bas-ventre et de la sensation de gêne que la malade éprouvait au niveau du flanc droit. Cette coïncidence d'une lésion utéro-ovarienne et d'un rein mobile ne pouvant nous surprendre étant donné la fréquence de cette association morbide.

L'ancienneté de la lésion des annexes, les souffrances accusées par cette malade qui ne pouvait plus vaquer à ses occupations nous semblaient commander une laparotomie qui fut pratiqué le 25 février 1892. A droite nous trouvâmes un ovaire scléro-kystique. A gauche une trompe très notablement augmentée de volume et infiltrée de pus.

Les suites de l'opération furent très simples. Du 25 février au 15 mars la température ne dépasse pas 37° 5. La malade dut être sondée pendant 15 jours.

La guérison semblait définitive quand le 16 mars la malade est prise de fièvre, de frissons, d'une courbature générale, de nausées, de vomissements et d'une somnolence invincible. En même temps, le flanc droit devient douloureux, les urines qui jusque-là avaient été claires, abondantes, sont rares, foncées en couleur et laissent déposer un nuage grisâtre. Examinées au microscope on y trouve de rares globules de pus : pour la première fois, elles contiennent de l'albumine.

L'examen méthodique du rein droit nous révéla trois faits nouveaux et importants : le rein en ptose totale qui était *mobile, réductible* au gré de l'explorateur, était devenu *fixe, immobile*, sans que la palpitation ou les efforts de toux parvinssent, comme au début, à le faire rentrer dans sa loge. Second point, ce rein était notablement *augmenté de volume*

et comme enserré dans une sorte de tuméfaction périphérique ; enfin il était devenu d'une sensibilité particulièrement exquise. Pendant trois jours la malade présente les mêmes accidents, le quatrième jour la fièvre tombe, l'appétit renaît, mais les urines sont toujours beaucoup moins abondantes. La température revient à 37° et s'y maintient pendant quatre jours. A ce moment, c'est-à-dire le 23 mars, nouvelle ascension du thermomètre (40°) accompagnée des mêmes phénomènes. Cet accès présente la même durée que le précédent : trois jours. Le rein est toujours *fixe et immobile, augmenté de volume et douloureux*. Les urines sont rares.

Le 27 mars, changement à vue, tous les accidents cessent, le rein est redevenu aussi mobile que lors de la première observation, il reste gros, mais moins douloureux.

C'est alors qu'en interrogeant la malade avec plus de soins on apprend que depuis quatre ans elle a eu des accès analogues, à huit ou neuf reprises différentes.

La première fois elle a gardé le lit pendant deux mois : la région du flanc droit avait augmenté de volume à cette époque. On l'a soignée par des pointes de feu et des vésicatoires.

Les autres accès duraient quinze jours, huit jours, trois et quatre jours. Dans l'intervalle, la malade reprenait ses occupations.

En présence de ces symptômes je portai le diagnostic d'étranglement rénal, du rein mobile immobilisé. C'était une hydronéphrose intermittente, infectée par une pyonéphrose, puisque les urines ne contenaient pas toujours de pus et que en dehors des crises, la malade était apyrétique.

Je conseillai l'usage d'une Ceinture de Glénard espérant, par ce refoulement, soulager la malade. Mais le 1^{er} décembre 1892 elle rentrait à Laënnec, demandant à être opérée, car elle avait eu, depuis sa sortie, quatre crises rénales, très douloureuses.

Le 20 décembre 1892 je pratiquai à cette malade une néphropexie précédée d'une néphrotomie et d'un drainage rénal.

Ce seul plan opératoire permettait en effet : 1^o de s'assurer qu'il n'y avait pas de calcul rénal (quoique la chose fût peu probable, car la malade n'avait jamais eu d'hématurie et que les accès offraient un type clinique de celui des calculs) ; 2^o de désinfecter la poche ; 3^o de s'opposer par le drainage à la rétention des liquides septiques.

Je passe sur les détails de l'opération. Le rein découvert par une incision lombo-iliaque, fut incisé sur la partie moyenne de son bord convexe jusqu'au bassinnet. Le doigt introduit par cette brèche rénale put constater les dimensions excessives du bassinnet, mais l'exploration digitale, ou avec l'extrémité d'une pince, ne révéla pas la présence d'un calcul.

Le rein était gros et le parenchyme rénal d'apparence saine.

Un drain (tube de caoutchouc rouge sans orifices latéraux) plonge dans le bassinnet. Suture à la soie du tissu rénal, au dessus et au-dessous du drain. Le rein est fixé à la dernière côte et à la paroi par trois fils de soie qui traversent la capsule et les plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale.

La peau de la paroi abdominale est ensuite suturée. Pansement à la gaze iodoformée.

La guérison opératoire n'a rien présenté d'anormal. Pendant deux ou trois jours il s'est écoulé par le drain un liquide roussâtre, en petite quantité. Le drain fut retiré au bout de six semaines. Fermeture très rapide du trajet du drain sans fistule.

OBSERVATION V

Communiquée par M. le Docteur Gérard Marchant à la Société de chirurgie ¹.

Une jeune fille de vingt-et-un an entre à Laënnec (service de M. Nicaise), le 31 mars 1893, pâle, anémique, chétive, amaigrie, ayant l'habitus phtisique : elle se plaignait d'une douleur dans la région lombaire gauche, douleur qui remontait, disait-elle, à un accouchement en février 1889, et qui se serait exagérée lors d'un second accouchement en avril 1892.

En explorant la région lombaire gauche, nous constatâmes l'existence d'une tuméfaction sous-rénale, sans limites précises, occupant tout l'espace compris entre les fausses côtes et la fosse iliaque.

Cette tumeur était fluctuante, elle donnait lieu au ballotement rénal et après avoir éliminé l'existence d'un kyste de la rate, le diagnostic d'hydronéphrose fut porté.

¹ Séance du 17 mai 1893.

Cette malade était en observation dans le service : je l'examinais deux fois par jour et j'étais frappé de la diminution de volume de la poche.

Pour en constater l'existence, il fallait déprimer fortement la paroi abdominale et arriver à comprimer la tumeur entre les mains placées, l'une sous les fausses côtes, l'autre dans la région lombaire : par cette sorte de resserrement de la tuméfaction, on arrivait à sentir une résistance.

Un jour il ne fut pas possible de sentir la tuméfaction.

En même temps que la disparition totale de la tumeur étaient apparus deux phénomènes importants : 1° l'augmentation de la quantité des urines : la malade urinait 3 litres au lieu de 1750 gr. de liquide.

2° Ce liquide urinaire, absolument normal jusque-là, contenait 75 centigrammes d'albumine par litre.

Le 6 avril, la tumeur qui s'était éclipsée commençait à apparaître : les urines tombaient à 1750 grammes ; elles ne contenaient plus d'albumine.

L'examen attentif de cette malade pendant plusieurs semaines nous avait révélé :

1° Qu'il existait une tumeur rénale fluctuante ;

2° Que cette tumeur était à apparition intermittente : qu'elle se remplissait, qu'elle se vidait, qu'elle s'éclipsait en un mot ;

3° Que lorsque la tumeur se vidait dans la vessie, l'urine augmentait du double, qu'il y avait une débâcle urinaire, et qu'à ce moment l'urine contenait de l'albumine.

4° Que lors de la formation de la tumeur, l'urine tombait

à 1750 grammes et les urines n'étaient plus albumineuses : la malade urinait dans son rein !

Le diagnostic d'hydronéphrose intermittente à évacuation totale et rapide fut définitivement porté.

Nous savions, d'autre part, que le rein droit était sain puisque la porte rénale gauche était fermée et que la malade urinait dans sa poche, les urines recueillies étaient normales comme quantité et comme qualité.

L'hydronéphrose était-elle infectée ?

L'absence de fièvre, de douleur locale de pus dans les urines, ne nous permettait pas de penser que cette poche fût infectée.

L'intervention a été pratiquée le 18 avril 1893.

Je me proposais de faire à cette malade la néphrotomie : je voulais conserver ainsi et utiliser, pour l'élimination des produits de désassimilation, les portions saines de la substance rénale puisque la poche se remplissait en quelques jours (de quatre à six jours).

Après avoir découvert le rein par la région lombaire, après l'avoir isolé de son atmosphère graisseuse, et fendu sa capsule pendant qu'un aide repoussait le rein par la paroi abdominale, j'aperçus un kyste à paroi bleuâtre bombant au niveau du bord convexe du rein ; incision de ce kyste qui donna issue à 300 grammes environ d'un liquide qui fut recueilli pour l'examen bactériologique et pour des recherches chimiques.

Devant l'altération rénale, la transformation presque totale de son tissu en kyste, je renonçai à la néphrotomie et pratiquai la néphrectomie par le procédé d'Ollier.

L'opération fut simple ; la décortication s'effectua sans difficulté, mais pour amener la tumeur à l'extérieur, la pédiculiser, nous dûmes ponctionner une série de kystes et encore ces poches ne furent pas toutes ouvertes, puisque la tumeur qui fut extraite en contenait encore un grand nombre.

Ligature isolée de l'urètre et des vaisseaux du rein. L'urètre était augmenté de volume, *mais non coudé*, cautérisation au thermocautère du bout périphérique pour se mettre à l'abri de l'infection ; résection de la plus grande partie de la capsule du rein ; sciture par étage avec drainage de la poche rénale.

Les suites opératoires ont été simples : la température a oscillé autour de 38° pendant cinq jours ; le pouls s'est élevé à 30 (comme l'ont signalé divers observateurs à la suite de la néphrectomie) pour tomber à 90 au 7^e jour. Les urines sont tombées à 500 grammes le jour de l'opération : le lendemain la malade rendait 750 grammes d'urine, puis 1000 grammes et à partir du 5^e jour 1250 grammes.

Les drains ont été supprimés au douzième jour et la réunion était complète au vingt-deuxième jour.

Cette opérée a aujourd'hui toutes les apparences de la santé bien qu'elle conserve encore une respiration rude aux deux sommets.

Le rein qui a été enlevé était transformé en une série de loges, de poches, de kystes, séparés les uns des autres par des travées fibreuses ; il restait un peu de substance rénale (le quart du rein environ) au niveau du pôle supérieur. L'urètre augmenté dans son calibre, mais sans lésion appréciable,

s'ouvrait à la partie supérieure de la poche : la plus grande partie de la poche était au-dessous de l'abouchement de l'urètre, parallèle à lui, et on peut se demander si cette poche juxta-urétérique ne pouvait pas comprimer le conduit recteur de l'urine.

L'examen des urines après l'opération a fourni les résultats suivants : quantité de 500 à 750 puis 1000 grammes ; urée 37 gr. 149 ; albumine, néant ; sucre, néant.

L'examen des urines avant l'opération avait donné les résultats suivants : couleur pâle ; odeur sui generis ; consistance assez fluide ; dépôt, quelques flocons ; densité 1018 ; réaction acide ; urée 17 gr. 934 ; acide phosphorique 1 gr. 94 ; albumine néant ; sucre, néant.

L'examen du liquide extrait de la poche a révélé : urée 7 grammes ; phosphates 80 centigrammes ; réaction, alcaline ; albumine, proportions notables ; sucre, néant.

L'analyse microscopique a révélé des globules rouges, des leucocytes granuleux et polynucléés, des cellules épithéliales cylindriques, des cocci deux à deux et groupés en quatre.

L'examen histologique a révélé la présence des follicules tuberculeux siégeant surtout dans la région des tubes contournés, aux dépens desquels ils semblent formés. Il existe une sclérose très marquée, mais systématisée à certains groupes de tubes contournés et de glomérales, sclérose jeune formée surtout d'infiltration embryonnaire, péri-artérite banale et dans certains points d'apparence tuberculeuse.

Cette sclérose est très marquée au niveau de la papille et de la région des tubes de Bellini : la substance médullaire est

très diminuée d'épaisseur et les éléments qui la composent semblent taxés.

Par contre, dans la région corticale, on rencontre des systèmes de tubes urinifères où il n'y a pas de lésion ni du côté de l'épithélium, ni du côté du tissu conjonctif.

Dans les coupes on ne trouve pas de staphylocoques.

OBSERVATION VI

(SEGOND. Thèse Arnould, 1891.)

Femme de 25 ans ayant eu auparavant des accidents de périmétrite qui ont disparu avec un traitement médical. Six mois après apparaissent des crises lombaires à droite, caractérisées par une douleur atroce avec apparition très nette d'une petite tumeur dans le flanc. Pendant six mois crises semblables tous les trois jours, durent 5 à 6 heures, se terminent invariablement par abondante émission d'urine. Pendant les 13 mois qui suivent la crise apparaît tous les 8 ou 18 jours seulement, dure plus longtemps, 20 à 30 heures. Port d'une ceinture modifie la périodicité des crises qui persistent.

M. Segond en décembre 1888 constate au moment de la crise la présence d'une tumeur qui ne dépasse guère les fausses côtes de plus de quatre travers de doigt, constate qu'elle n'appartient pas à un rein mobile.

Le 26 janvier 1889, opération, incision lombaire ; rein dé-

couvert et ponctionné, puis incisé. Pas de calcul dans bassinets ; ni tumeur, ni coudure pouvant expliquer rétention urinaire. Cathétérisme de l'urètre très facilement pratiqué. Rein peu mobile, néphrectomie lombaire. Guérison rapide.

OBSERVATION VII

(Extraite de la communication de M. Monod à la Société de chirurgie. Séance du 17 mai 1893).

M^{me} X., âgée de 44 ans, fait remonter le début de sa maladie à plus de dix ans. Six mois plus tard elle percevait dans le flanc droit la présence à certains moments d'une tuméfaction appréciable au toucher. L'apparition de la tumeur coïncidait avec une douleur assez vive ressentie dans la même région. Depuis lors douleur et tuméfaction réapparurent à des intervalles variés sous forme de crises de durée variable.

M^{me} X., raconte, qu'au début du mois elle pouvait mettre elle-même fin à la crise. Pour cela elle se couchait par terre, exerçait une pression sur la tumeur et « remettait son rein en place. » Elle avait alors la sensation de quelque chose qui « se vidait dans son ventre » et de plus dans les heures qui suivaient elle urinait abondamment. La crise terminée, le soulagement était complet. Une ceinture avec pelote, portée avec assiduité, parut même devoir en empêcher le retour. Six ans, en effet, après le début des accidents, il se produisit une rémission qui dura 3 ans.

Le mal reparut soudainement il y a 18 mois sous forme d'une crise douloureuse, d'une extrême violence qui dura 15 jours. Depuis, le retour à la santé n'a jamais été complet. Hématuries apparaissent : première très légère il y a environ deux ans, la seconde plus abondante en septembre 1892 ; une troisième au mois de novembre de la même année plus forte et plus longue. Depuis janvier 1893, il n'y a plus de sang dans les urines, mais la tumeur s'accroît de plus en plus.

M. Monod examine la malade avec M. Cuffer en avril 1893 : il constate les faits suivants : région du flanc droit occupée par saillie visible qui soulève les téguments. Au palper on la délimite facilement et l'on constate que commençant au rebord costal, elle descend jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne. Elle déborde la région médiane à gauche sur une étendue de trois à quatre travers de doigt. Elle est facilement sentie à la région lombaire. Saisie d'avant en arrière, elle donne la sensation d'une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle est absolument mate ; cette matité se confond avec celle du foie. La fluctuation, malgré l'extrême tension, est manifeste.

Tumeur très mobile de haut en bas, de droite à gauche. La marche de la maladie indique que l'hydronéphrose longtemps ouverte et intermittente est complètement fermée.

Néphrectomie transpéritonéale pratiquée le 8 mai 1893, Incision abdominale à droite de la ligne médiane le long du bord externe du muscle droit.

Réunion complète sans drainage. Pansement à la gaze

iodoformée. Ouate, bandage de corps. Suites opératoires normales. Mictions régulières en quantité et qualité.

Examen anatomique. — La poche hydronéphrotique se continuait directement avec le rein, ou du moins avec ce qui restait de substance rénale, atrophiée et étalée sur les parois de la cavité. L'urètre naissait de la partie inférieure de la poche, suivait d'abord un trajet oblique, rétrograde du bas en haut pour se recourber ensuite et reprendre sa direction normale formant ainsi un véritable coude, maintenu par des adhérences assez lâches. L'urètre offrait un diamètre très réduit au point où a porté la ligature ; il était, au contraire, dans sa position coudée considérablement élargi et s'ouvrait dans la poche kystique par une large embouchure.

OBSERVATION VIII (INÉDITE)

Communiquée par M. Collet, interne du service de M. le Dr Gérard Marchant. *Néphrotomie.*

R., Léontine, âgée de 9 ans, entre à Laënnec le 12 mai 1893. Elle souffre d'accidents consécutifs à une fièvre typhoïde. Pendant cette maladie elle a eu la vessie et les urètres infectés par un cathétérisme malpropre. Son observation a été publiée jusqu'au 19 octobre 1892 dans la Revue des Maladies de l'Enfance (1 Décembre 1893) sous le titre suivant : *Infection urinaire par le colibacille dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. — Traitement par le Biborate de Soude. Guérison, par Louis Guinon.*

D'après la malade et d'après sa mère, depuis sa sortie de l'Hôpital des Enfants jusqu'au 20 mars, époque à laquelle elle est rentrée dans le même service (service de M. Grancher), elle n'a pas cessé de souffrir dans le côté droit ni d'avoir de la fièvre le soir. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle a sollicité sa réadmission à l'Hôpital des enfants et c'est aussi pour cela qu'on l'a envoyée à l'Hôpital Laënnec.

Depuis son entrée dans le service, cette enfant a eu de la fièvre presque tous les soirs. Les maxima arrivent environ tous les 8 à 10 jours pendant lesquels la température atteint le soir 39° et 40°.

La quantité d'urine rendue chaque jour subit une oscillation variant de 40 gr. à 1500. Il est à remarquer que les élévations de température ne coïncident pas avec les périodes où l'urine rendue est à son minimum de quantité. L'urine est claire, limpide et jamais elle n'a contenu de pus. L'examen pratiqué par l'interne en pharmacie du service n'a dévoilé aucun élément anormal.

Au moment où la quantité d'urine est à son minimum, il est très facile de sentir le rein droit qui est abaissé volumineux (de la grosseur du poing dans les cas les plus accentués). Ballotement rénal facile à percevoir. Si la palpation est un peu forte, elle détermine une douleur assez vive.

L'état général de la malade est médiocre, elle est très maigre. L'appétit est bon. Rien à signaler dans les différents organes. Cependant la respiration est un peu rude au sommet droit.

L'état est resté stationnaire jusqu'au moment de l'opération.

Dans les quatre jours qui ont précédé l'opération, la malade n'a rendu que 500 grammes d'urine par jour et cependant la température qui était à 36, 8 le matin n'a pas dépassé 38, 2 le soir, tandis que le 23, avec la même quantité d'urine, elle était montée à 39. 6.

Nous avons assisté le 28 juin à l'opération pratiquée par M. Gérard Marchant avec l'aide de M. Tuffier. Incision lombaire du côté droit ; on arrive sur un rein de volume normal. Par une incision faite sur le bord connexe de l'organe, on pénètre dans le bassinet ; on ne provoque l'écoulement d'aucun liquide anormal.

On place un drain dans l'ouverture rénale ; il plonge dans le bassinet. — L'opération est terminée suivant la méthode que nous avons indiquée à propos de la néphrotomie.

Dans la suite température à 37.8 — Pouls rapide (120 le lendemain de l'opération).

Urines sanglantes pendant deux jours ; normales ensuite. Quantité 500 grammes par jour.

Pansement le lendemain de l'opération.

Rien ne s'est écoulé par le drain. Nous avons revu la malade assez régulièrement depuis, jusqu'au 18 juillet. Rien d'anormal ne s'est produit. Les urines oscillent entre 500 et 1.000. Etat général très bon.

CONCLUSIONS

1° L'hydronéphrose intermittente, grâce aux investigations auxquelles se livrent aujourd'hui les cliniciens, n'est plus une affection rare.

2° On l'observe particulièrement chez les femmes et de préférence du côté droit.

3° A côté de la forme ordinaire de l'hydronéphrose intermittente, il y a une forme moins complète, fruste, ne se traduisant pas par toute la série des symptômes habituels. Il n'y a pas de tumeur.

4° Cette variété d'hydronéphrose se rencontre tout à fait au début de l'apparition des crises douloureuses, elle est le plus souvent liée à un étranglement aigu de rein.

5° Elle est aseptique ; l'infection survenant, des signes nouveaux apparaissent, la tumeur se développe, un élément douloureux nouveau se joint à la crise.

6° La coudure de l'urètre, que l'on a invoquée comme étant la cause principale de l'hydronéphrose intermittente, ne doit pas être incrimée aussi souvent qu'on a voulu le dire. Elle dépend elle-même dans bien des cas d'une lésion primitive, rétrécissement de l'urètre, urétérite, etc.

7° Dans nombre de cas, l'urètre est normal tant au point de vue de sa direction et de sa forme que de sa structure.

8° Quatre procédés opératoires peuvent être employés

contre l'hydronéphrose intermittente : la fonction, la néphropexie, la néphrotomie, la néphrectomie.

La ponction pouvant amener des accidents sera rarement utilisée ; elle pourra servir à fixer le diagnostic ; dans certains cas elle a amené de durables améliorations.

La forme d'hydronéphrose que nous décrivons sera justiciable de la néphropexie.

Si l'on intervient plus tardivement alors que l'infection est sur le point de se faire, la néphrotomie sera indiquée.

Quand l'état général du malade le permettra, quand on se sera assuré que le rein subsistant est parfaitement sain et que celui que l'on va enlever est le siège d'altérations très avancées, d'une pyonéphrose, on pratiquera la néphrectomie.

La voie lombaire sera utilisée pour les tumeurs petites, facilement énucléables dans les cas d'infection avancée.

La voie transpéritonéale sera réservée aux grosses tumeurs, entourées d'adhérences résistantes, dans les cas de rein très altéré (dégénérescence kystique) ; l'infection sera une mauvaise condition à cause des complications qu'elle peut amener.

Vu : le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu : le doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Un grand nombre de monographies ont été écrites sur le sujet que nous venons de traiter. La plupart d'entre elles n'intéressent qu'un point de la question, beaucoup relatent des observations. Nous ne les mentionnerons pas, car on les trouvera énumérées dans l'excellent mémoire de MM. Terrier et Beaudoin.

Cette dernière publication constituant le premier travail complet sur la matière, nous la citerons en première ligne et nous nous contenterons d'indiquer les ouvrages qui lui sont postérieurs et ceux auxquels nous avons fait allusion dans le cours de cette thèse.

1. TERRIER ET BEAUDOIN. Revue de chirurgie, 1891.
1. F. LEGUEU. Des calculs du rein et de l'urètre au point de vue chirurgical. Thèse, Paris, 1891.
3. ARNOULD. Contribution à l'Etude de l'hydronéphrose. Thèse, Paris, 1891.
4. TUFFIER. Traité de chirurgie, tome VII.
5. GÉRARD MARCHANT. Gazette des Hopitaux, 1^{er} juin 1893.

- 5. Compte rendu du Congrès de chirurgie, 1893.
 - 7. Bulletin de la Société de chirurgie. Séance du 17 mai 1893.
 - 9. Pousson. Journal de médecine de Bordeaux (Avril 1893, n° 11).
-

